

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde de pessoas com hipertensão arterial e/ou
diabetes na UBS/ESF Ramiz II, Rio Pardo, RS**

Ariannys Vazquez Pompa

Pelotas, 2016

Ariannys Vazquez Pompa

Melhoria da atenção à saúde de pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes na UBS/ESF Ramiz II, Rio Pardo, RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Fabiana Vargas

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

P788m Pompa, Ariannys Vásquez

Melhoria da Atenção à Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes na UBS/ESF Ramiz II, Rio Pardo,rs. / Ariannys Vásquez Pompa; Fabiana Vargas Ferreira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

62 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ferreira, Fabiana Vargas, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Aos meus pais, às minhas filhas e ao meu esposo:

Primeiramente pelo sacrifício, e logo por seu apoio incondicional a minha pessoa, que estão guiando sempre os meus passos constantemente para o sucesso e desenvolvimento na minha vida profissional.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a minha orientadora da UFPEL Fabiana Vargas pelo apoio incondicional, por sua paciência e compreensão com minha língua, sem ela o caminho teria se tornado mais difícil de transitar.

Também a toda equipe de saúde da UBS/ESF Ramiz II, enfermeira, odontólogo, auxiliar de odontologia, técnicas de enfermagem, agentes comunitários, e motoristas.

Ao grupo de administração, à gestora, e aos usuários que aceitaram ser parte desta intervenção.

Resumo

POMPA, Ariannys Vazquez. **Melhoria da atenção à saúde de pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes na UBS/ESF Ramiz II, Rio Pardo, RS.** 2016. 61f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o *Diabetes Mellitus* (DM) se constituem como as principais Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) que podem desencadear complicações como infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE). Com base na Análise Situacional, verificou-se a necessidade de qualificar a atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM adscritos à área de cobertura da UBS/ESF Ramiz II em Rio Pardo / RS. Assim, planejou-se uma intervenção cujas ações tiveram como base os quatro eixos pedagógicos, monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica com duração de 3 meses. Utilizaram-se os protocolos do Ministério da Saúde (MS), a ficha espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso e uma ficha complementar empregada na UBS/ESF. Segundo a Vigitel, estimavam-se 403 usuários com HAS e 99 usuários com DM, sendo projetadas metas, respectivamente, de 95% e 100%. Como resultados da intervenção atingiram-se 245 usuários com HAS, resultando em 60,8% da cobertura e 85 usuários com DM que corresponde a 85,9% da cobertura. Em relação aos exames clínicos, 100% dos usuários com HAS e/ou DM tiveram seus exames em dia de acordo com o protocolo, identificaram-se precocemente usuários faltosos, o que gerou exitosa busca ativa, prescreveram-se medicamentos da Farmácia Popular, realizou-se avaliação da necessidade de atendimento odontológico, qualificou-se o registro, averiguou-se o risco de doenças cardiovasculares e realizaram-se orientações sobre higiene bucal, benefícios da prática regular de atividade física, alimentação saudável e riscos do tabagismo. Assim, mesmo sem o alcance das metas de cobertura, entendemos que com a incorporação da reorganização da ação programática na UBS/ESF, atingiremos maior número de usuários com hipertensão e/ou diabetes, além de qualificarmos ainda mais o serviço de saúde, visto que, a equipe está motivada e as atividades estão padronizadas conforme os protocolos do MS.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial Sistêmica.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade de Saúde.	39
Figura 2	Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.	40
Figura 3	Proporção de usuários com DM com o exame dos pés em dia.	41
Figura 4	Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	43
Figura 5	Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	43
Figura 6	Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação de necessidade odontológica	44
Figura 7	Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas com busca ativa.	45

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CSI	Centro de Saúde Integral
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças de transmissão sexual
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PAS	Pressão arterial sistêmica
PSF	Programa de Saúde da Família
UFPEL	Universidade Federal de pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
SB	Saúde Bucal
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	15
2 Análise Estratégica	16
2.1 Justificativa	16
2.2 Objetivos e metas	17
2.2.1 Objetivo geral	17
2.2.2 Objetivos específicos e metas	17
2.3 Metodologia	19
2.3.1 Detalhamento das ações	19
2.3.2 Indicadores	24
2.3.3 Logística	31
2.3.4 Cronograma.....	34
3 Relatório da Intervenção.....	35
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	35
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	36
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	41
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	41
4 Avaliação da intervenção.....	42
4.1 Resultados.....	42
4.2 Discussão	50
5 Relatório da intervenção para gestores	56
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	54
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	56
Referências	57
Anexos.....	58

Apresentação

O presente volume trata sobre Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família - modalidade Ensino à Distância – da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. O trabalho foi constituído por uma intervenção com duração de três meses com o propósito de melhorar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Ramiz II, Rio Pardo / RS.

O volume está organizado em sete seções: No primeiro capítulo apresenta-se o Relatório da Análise Situacional, texto escrito na unidade 1 do curso, explicitando a situação do serviço de saúde. No segundo capítulo, expõe-se a Análise Estratégica, na qual se apresenta o projeto de intervenção, baseado nos Protocolos do MS.

Já o terceiro capítulo refere-se ao Relatório de Intervenção, apresentando as ações previstas e desenvolvidas durante a intervenção, as dificuldades e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço.

No quarto capítulo apresenta-se a avaliação dos resultados da intervenção, além da discussão dos mesmos.

O quinto e sexto capítulos são os relatórios da intervenção para os gestores no município e comunidades, respectivamente.

No sétimo capítulo e último capítulo, faz-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso com sua importância.

Ao final do volume, está a bibliografia que inclui os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade de Saúde aonde eu trabalho encontra-se localizada na periferia do município de Rio Pardo. Anteriormente era uma UBS tradicional, mas, agora mudou para uma Estratégia em Saúde da Família (ESF) cujo nome RAMIZ II é o mesmo nome do bairro. Como é um local adaptado, agora estão fazendo a reestruturação física do local para garantir maior número de consultórios.

Atualmente na sua estrutura existem dois consultórios, um deles é o consultório de odontologia e o outro de medicina geral. Tem uma sala da enfermagem, que serve também como sala de reuniões da equipe. Contamos com uma sala de vacina, porém, é um espaço pequeno. Existe também a sala para procedimentos em que se encontram os medicamentos e nebulizadores e a sala de vacinação. A copa é bem pequena, não sendo possível ter duas pessoas no mesmo local. Existe área adaptada para esterilização em que também somente pode trabalhar um profissional. A sala de recepção é simples sendo que em um dos lados da mesa encontram-se os prontuários e no lado oposto espaço para novos prontuários. Em frente à mesa da recepção, estão quinze cadeiras para os usuários. Há um corredor e dois banheiros, cada um específico, para os usuários e para os profissionais, sendo que, não existem dispositivos para facilitar o trânsito de usuários com limitações físico-funcionais como corrimões.

Agora, a nossa equipe de trabalho está integrada por um cirurgião dentista e a sua técnica de odontologia, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira licenciada que dirige a nossa equipe. Temos seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma auxiliar de limpeza. Por último, uma médica clínica geral, que é a minha pessoa. Dessa forma, ainda que sem uma estrutura física adequada, como equipe, todos buscam atender da melhor forma possível os usuários, atendendo a demanda espontânea, ações de promoção e prevenção de saúde e os programas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

No Município de Rio Pardo/RS existe um total de 35 mil habitantes, que conta com uma UBS, localizada no centro, que tem uma ESF encarregada de atender aos usuários dessa área circunscrita; tem mais 4 unidades ESF, localizados em bairros periféricos da cidade. Além disso, tem mais 2 UBS tradicionais, um localizado num bairro da periferia e o outro no interior do município. Não temos disponibilidade de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Relacionado à atenção especializada, o município conta com especialidades de medicina interna, odontologia, cardiologia, traumatologia e ortopedia, cirurgia geral, psicologia, psiquiatria, ginecologia-obstetrícia, pediatria, otorrinolaringologia e fisiatria. As outras especialidades encontram-se no município vizinho, Santa Cruz do Sul, referência de Rio Pardo. Santa Cruz do Sul também é referência hospitalar, apesar do nosso município ter um hospital que é regional e é referência de outros municípios próximos, como por exemplo, Pantano Grande e Cachoeira do Sul.

Atualmente, o hospital está sendo reestruturado na parte física. Com respeito aos exames complementares, o município conta com um aparelho de Rx, um tomógrafo que chegou há poucos dias, equipamentos para exames de ultrassom e eletrocardiograma. Nos laboratórios há disponibilidade para exames básicos da bioquímica sanguínea, urina, fezes, e outros mais específicos como PSA, dosagem dos hormônios tireoideanos, teste de toxoplasma, HIV, VDRL, e os testes rápidos de HIV e VDRL. Caso um usuário necessite de uma avaliação especializada, realizamos o acolhimento, fazemos a referência e a contra referência para a UBS central. Dali, serão realizados encaminhamentos, referências e contra referências e os exames solicitados.

Em termos de participação de acadêmicos de cursos de graduação, já tivemos o acompanhamento de estagiários de enfermagem, mas, no momento, não existe.

Além da questão de infra-estrutura que requer melhorias, há mais de sete meses não há recepcionista, sendo que, essa função está sendo realizada pela enfermeira, auxiliar de saúde bucal e/ou técnicas de enfermagem. Os gestores de saúde têm conhecimento deste problema, porém, não trouxeram nenhuma

solução até o momento, apenas que haverá concurso público.

Relacionado à atribuições da equipe, todos os profissionais procuram atender os usuários com qualidade e cuidado, entretanto, quanto ao engajamento público, a comunidade não tem participado regularmente das atividades como discussão do plano de atividades a serem desenvolvidas. Dessa forma, se participassem das decisões, poderiam expressar as necessidades da comunidade e ainda ajudariam na busca de soluções.

Em relação às atividades e aos procedimentos, a unidade de saúde não apresenta laboratório, sendo que, no caso de visitas domiciliares, a coleta é realizada por laboratórios privados com convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS).

No caso das ações programáticas, na unidade de saúde, o único protocolo impresso presente é o de Pré-natal e Puerpério, sendo que, podemos encaminhar gestantes de alto risco para a ginecologia-obstetrícia. Nenhum profissional da UBS/ESF não acompanham os usuários internados no hospital, todavia, pela minha experiência em Cuba, seria importante que tivesse um acompanhamento do usuário, inclusive, para aumentar o vínculo e a confiança.

Quanto à demanda espontânea, na unidade de saúde, não existe uma grande procura dos usuários, somente quando há algum surto, por exemplo, de varicela, que ocorreu recentemente.

Em relação às informações sócio demográficas, a população total da área de abrangência é de 2650 pessoas, sendo 808 mulheres de 10 a 49 anos, 728 de 25 a 64 anos, 213 de 50 a 69 anos, 15 gestantes e 20 crianças menores de 1 ano.

Quanto à Saúde da Criança, não temos um pediatra, todavia, se necessário, a criança será encaminhada à UBS central. Atuam nesse programa, além de mim, a enfermeira, as técnicas de enfermagem, sendo que, o cirurgião dentista também está se integrando à ação. Atualmente, por meio do Caderno de Ações Programáticas (CAP), temos 20 crianças menores de 1 ano cadastradas na UBS/ESF, resultando em 63% de cobertura, 18 crianças (90%) estão com a consulta em dia e 20 (100%) tem o teste do pezinho. O atendimento ocorre na quarta-feira no turno da manhã, sendo que, são realizadas atividades de promoção de saúde como palestras. Também ofertamos vacinação na quarta-feira, embora, esteja disponível durante toda a semana. Neste momento,

estamos buscando atualizações em termos de protocolos do Ministério da Saúde (MS).

Em relação ao Pré-natal e Puerpério, seguimos o protocolo do MS, em que caso seja necessário, podemos encaminhar a usuária ao médico ginecologista. O atendimento à puérpera ocorre na quarta-feira e as gestantes apresentam consulta 1x/semana, entretanto, também nos demais turnos. Atualmente, das 27 gestantes estimadas pelo CAP, 15 usuárias estão cadastradas na UBS/ESF resultando em 57% da cobertura, 13 (87%) ingressaram no programa no 1º trimestre gestacional, 14 (93%) apresentam consultas em dia, 12 (90%) têm vacinação anti-tetânica e 6 (40%) atendimento de Saúde Bucal. Das 32 puérperas estimadas na área de cobertura, 16 (50%) estão cadastradas na unidade de saúde, 15 (94%) tiveram atendimento antes de 42 dias pós-parto e 16 (100%) receberam orientações de promoção de saúde.

No que tange ao câncer de colo de útero e de mama, na área de abrangência, estimam-se 728 mulheres de 25 a 64 anos, sendo que, 386 (53%) estão cadastradas na unidade de saúde, 298 (77%) estão com o exame citopatológico em dia, 24 (6%) tiveram avaliação de risco e 170 (44%) apresentaram amostra satisfatória. Na área de cobertura estimam-se 272 mulheres de 50 a 69 anos, em que 125 (46%) estão cadastradas na UBS/ESF, 60 (48%) estão com a mamografia em dia e 125 (100%) receberam orientações de promoção de saúde. Os atendimentos são ofertados no mesmo dia da semana, há requisição de mamografia e ecografia. As vagas para realização de mamografia são em baixo número, inclusive, às vezes, demora 1 ano para sua realização. Atualmente, constam 2 casos de câncer de mama que já foram encaminhadas à Oncologia do município de Santa Cruz do Sul.

Em relação à atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, segundo estimativas do CAP, existem 592 pessoas, sendo que, 309 (52%) estão cadastradas na unidade de saúde, 120 (39%) tiveram estratificação de risco cardiovascular e 36 (12%) apresentam atraso na consulta. Sobre a DM, estimam-se 169 pessoas, sendo que, 126 (75%) estão cadastradas na UBS/ESF, 17 (13%) tiveram estratificação de risco cardiovascular, 54 (43%) tiveram acesso a exames complementares e 54 (43%) receberam avaliação do pé. Na unidade de saúde tem-se grupos para usuários com HAS e/ou DM, atendimento clínico e atividades de promoção de saúde. Atualmente, está sendo oferecida Saúde

Bucal em que se priorizam casos mais complexos, considerando, por exemplo, que usuários com diabetes apresentam atraso na cicatrização. Sobre os protocolos do MS, já foi solicitado à gestão as versões impressas para consulta na unidade de saúde.

Quanto à atenção à pessoa idosa, o CAP estima 361 indivíduos acima de 60 anos, em que 358 (99%) estão cadastrados na unidade de saúde, 120 (34%) tiveram avaliação multidimensional, 190 (53%) estão com acompanhamento em dia, 189 (53%) apresentam diagnóstico de hipertensão e 76 (21%) apresentam diabetes. Não há protocolo impresso na UBS/ESF, mas, são realizados atendimentos clínicos, odontológico e revisão de medicamentos bem como não existe dia / turno específico para atendimento. Para usuários com dificuldades de locomoção, são realizadas visitas domiciliares.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao comparar o texto inicial com o produto final da Unidade 1 pude conhecer mais profundamente as dificuldades e facilidades na atenção à saúde que a UBS/ESF apresenta, principalmente, sob o ponto-de-vista dos protocolos do país. Acredito que a elaboração do RAS me possibilitou ter um pensamento mais abrangente, indo além da parte clínica, já que, a atenção à saúde perpassa pela infraestrutura, disponibilidade de materiais / insumos e acesso a exames, por exemplo.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são duas doenças de alta prevalência que ocorrem em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Estão associadas a um aumento da morbimortalidade cardiovascular, encefálica, coronariana, renal e vascular periférica (BARRETO, MARCON, 2013), o que demonstra a necessidade de investir em atividades de prevenção, promoção e controle já na Atenção Primária à Saúde (APS).

Atuo na UBS/ESF Ramiz II cujo modelo é ESF e a equipe é composta por médica, cirurgião dentista, técnica de odontologia, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, seis ACS e uma auxiliar de limpeza. Conforme o Caderno de Ações Programáticas (CAP), estima-se 592 pessoas, sendo que, 309 (52%) estão cadastradas na unidade de saúde, 120 (39%) tiveram estratificação de risco cardiovascular e 36 (12%) apresentam atraso na consulta. Sobre a DM, estimam-se 169 pessoas, sendo que, 126 (75%) estão cadastradas na UBS/ESF, 17 (13%) tiveram estratificação de risco cardiovascular, 54 (43%) tiveram acesso a exames complementares e 54 (43%) receberam avaliação do pé. Tais indicadores demonstram baixa cobertura e déficit na qualidade do serviço de saúde, sinalizando a necessidade de reorganizar-se a ação programática na unidade de saúde, inclusive, para padronizar as ações conforme os protocolos do MS.

Baseado nessas considerações, o foco da intervenção será a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Ramiz II, em Rio Pardo / RS, para assim, qualificar a cobertura, a adesão, a qualidade do atendimento, o registro das informações, o mapeamento de risco cardiovascular e a promoção em saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Ramiz II, Rio Pardo / RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo nº 1. Ampliar a cobertura de usuários com HAS e/ou DM na UBS.

Metas:

1.1 Cadastrar 95% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 100% usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo nº 2. Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM.

Metas:

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM.

2.3. Garantir a 100% dos usuários com HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir a 100% dos usuários com DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM.

Objetivo nº 3. Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou DM ao programa

Metas:

3.1. Buscar 100% dos usuários com HAS às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada pelo MS.

3.2. Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada pelo MS.

Objetivo nº 4. Melhorar o registro das informações sobre usuário com HAS e/ou DM.

Metas:

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo nº 5. Mapear usuário com HAS e/ou DM de risco para doenças cardiovasculares.

Metas:

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo nº 6. Promover a saúde de usuário com HAS e/ou DM na área de abrangência.

Metas:

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com HAS.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com DM.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com DM.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com DM.

2.3 Metodologia

Este projeto de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS/ESF Ramiz II, Rio Pardo / RS. Participarão da intervenção pessoas com 20 anos de idade ou mais com HAS e/ou DM que pertencem à área de abrangência. Os protocolos empregados na intervenção serão os Cadernos da Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica (nº 37) e *Diabetes Mellitus* (nº 36) do MS (2013) e os instrumentos serão a ficha espelho, a planilha de coleta de dados que são disponibilizados pelo curso e a Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e Diabético (FAHD) que é usada na unidade de saúde.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários com hipertensão para 95% e de diabetes para 100%.

Ações:

Monitoramento e Avaliação: monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM) da UBS, através da criação de um registro próprio.

Organização e gestão do serviço: manter atualizado o registro de usuários cadastrados com HAS e/ou DM da área adstrita. Melhorar o acolhimento para os usuários com hipertensão arterial e diabetes. Agendar consulta de retorno. Garantir material adequado para a medida da pressão arterial e realização de hemoglicoteste na unidade básica.

Engajamento Público: informar à população sobre a existência do programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM) e quais os seus benefícios, através de palestras e visitas domiciliares. Orientar a comunidade sobre o rastreamento para hipertensão arterial (aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente) e diabetes segundo orientado pelo protocolo do MS. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da prática clínica: capacitar os agentes comunitários de saúde (ACS) para o cadastramento e atualização da população da área adstrita. Capacitar a equipe de saúde para verificação criteriosa da pressão arterial e para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM.

Ações:

Monitoramento e Avaliação: monitorar e realizar o exame clínico apropriado de 100% das pessoas com hipertensão e diabetes, segundo orientado no protocolo. Realizar exame dos pés a 100% das pessoas com diabetes a cada três meses. Garantir a solicitação/realização dos exames laboratoriais de acordo com a periodicidade recomendada pelo protocolo. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas hipertensas e diabéticas cadastradas e, monitorar o acesso aos mesmos. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes e agendar consulta.

Organização e gestão do serviço: dispor de protocolo impresso na unidade básica (versão atualizada). Capacitar aos profissionais da equipe de acordo com os protocolos adotados e estabelecer periodicidade para a atualização. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes. Organizar a agenda para acolher as pessoas hipertensas e diabéticas provenientes das buscas domiciliares. Solicitar a referência e contra-referência dos usuários que necessitem de consulta especializada. Coordenar com os gestores a realização dos exames laboratoriais recomendados pelo protocolo e que não são feitos no município (hemoglobina glicosilada, potássio sérico, eletrocardiograma, proteinúria de 24 horas). Providenciar junto ao gestor o monofilamento 10g para o exame dos pés. Manter registro das necessidades de medicamentos das pessoas cadastradas com hipertensão e diabetes e realizar controle de estoque. Avaliar durante as consultas a necessidade de atendimento odontológico e organizar a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica das pessoas com hipertensão e/ou diabetes que serão encaminhadas.

Engajamento público: orientar a comunidade, através de palestras, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes de hipertensão e diabetes, periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares, importância e periodicidade do exame dos pés em pessoas com diabetes, sobre os medicamentos disponibilizados na farmácia popular e o direito dos usuários a ter acesso aos medicamentos e, sobre a importância da avaliação da saúde bucal.

Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe para seguir orientações do protocolo para a realização do exame clínico, solicitação de exames complementares. Atualizar aos profissionais quanto a tratamento da hipertensão e diabetes. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para ter acesso a medicamentos da farmácia popular. Capacitar a equipe para realização de exame bucal nas pessoas hipertensas e diabéticas, assim como avaliar necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Ações:

Monitoramento e Avaliação: realizar busca ativa de 100% das pessoas com hipertensão e diabetes faltosas às consultas na unidade básica segundo a periodicidade estabelecida pelo protocolo. Manter atualizados os registros a fim de monitorar as consultas em dia.

Organização e gestão do serviço: realizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e agendar a consulta. Organizar a agenda para acolher os usuários com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento público: informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas e a periodicidade destas segundo o preconizado.

Qualificação da prática clínica: capacitar os ACS para orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto à realização das consultas e periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Ações:

Monitoramento e Avaliação: manter atualizada 100% das fichas de acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes e, monitorar a qualidade destes registros.

Organização e gestão do serviço: manter atualizadas as informações do SIAB/ e-SUS. Implantar a utilização da ficha de acompanhamento e registrar as informações. Definir um responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta ao atraso na consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco e ao estado de compensação da doença.

Engajamento público: orientar a comunidade e as pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre seus direitos em relação a seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Capacitar a equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Ações:

Monitoramento e Avaliação: realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço: priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes avaliadas como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Engajamento público: orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Esclarecer a comunidade e as pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos-alvos em usuários com HAS e/ou usuários com DM e, em especial a avaliação dos pés em usuários com DM. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Ações:

Monitoramento e Avaliação: monitorar a realização de orientação nutricional, para prática de atividade física regular, sobre riscos do tabagismo e higiene bucal as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Organização e gestão do serviço: organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, envolvendo a nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nesta atividade. Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, envolvendo ao educador físico do NASF nesta atividade. Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. Organizar tempo médio das consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público: orientar pessoas hipertensas e/ou diabéticas e seus familiares sobre a importância de uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes. Orientar a comunidade e as pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento destas doenças. Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o hábito de fumar. Orientar os usuários com HAS e/ou DM, e seus familiares, sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar à equipe da unidade básica sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes. Também capacitar a equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de pessoas tabagistas, e para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Relativo ao Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos usuários com HAS e/ou DM.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na unidade de saúde.

Meta 1.1: Cadastrar 95% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Numerador: Número de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuário com HAS e/ou DM.

Indicador 2.1. Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.

Numerador: Número de usuários com HAS com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.2. Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM.

Numerador: Número de usuário com DM com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.3. Proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos usuários com HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuários com HAS com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.4. Proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos usuários com DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuários com DM com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.6. Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de usuários com DM com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.7. Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Mata 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS.

Numerador: Número de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com HAS inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.8. Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM.

Numerador: Número de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com DM inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou DM ao programa.

Indicador 3.1. Proporção de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Numerador: Número de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Indicador 3.2. Proporção de usuários com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Numerador: Número de usuários com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Relativo ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Indicador 4.1. Proporção de usuário com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 5: Mapear usuário com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

Indicador 5.1 Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 6: Promover a saúde de usuário com HAS e/ou DM.

Indicador 6.1. Proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS.

Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.2. Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM.

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.3. Proporção de usuários com HAS com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com HAS.

Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com DM.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com DM.

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.4. Proporção de usuários com DM com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.5. Proporção de usuários com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários usuário com HAS.

Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.6. Proporção de usuários com DM com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários usuário com DM.

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.7. Proporção de usuários com HAS com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS.

Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.8. Proporção de usuários com DM com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com DM.

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na ação programática de atenção aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na unidade de Saúde de Ramiz II, a equipe vai adotar os protocolos Cadernos da Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica (nº 37) e *Diabetes Mellitus* (nº 36) do MS (2013) que será disponibilizado pela gestão em suas versões impressas.

Os instrumentos que serão utilizados na intervenção serão os prontuários individuais, o Cartão de Hipertensão e Diabetes, o Livro de Registro e a Ficha de Atendimento em Saúde Bucal que estão disponíveis na unidade de saúde e são fornecidas pela gestão. Também serão empregados os instrumentos disponibilizados pelo curso, ficha espelho e planilha de coleta de dados. Para atualização dos dados de mapeamento da população de usuários com hipertensão e/ou diabetes também utilizaremos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (Ficha A) e da Ficha – B que é preenchida pelos ACS.

Inicialmente organizaremos o processo de trabalho da equipe de forma que através de “agendas compartilhadas” e acolhimento adequado possamos priorizar o atendimento dos usuários com HAS e/ou DM da área de abrangência da equipe. Buscaremos priorizar o atendimento destes sem deixar de atender a comunidade nas demais ações programáticas.

A equipe será capacitada de acordo com os protocolos em encontros em que serão abordados temas relativos à ação programática, verificação da pressão arterial e realização de hemoglicoteste em adultos com PA sustentada maior que 135/80

mmHg, realização de exame clínico apropriado e exame bucal, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, solicitação de exames complementares, realizar estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvos e sobre a avaliação dos pés em usuários com DM.

Ademais, os ACS também terão acesso a capacitações para que auxiliem no cadastramento e atualização das informações e para estimulem a participação dos usuários. A enfermeira será a responsável pela capacitação.

O acolhimento à demanda espontânea de usuários com HAS e/ou DM será realizado pela técnica de enfermagem; os que estiverem com atraso nas consultas com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno. Ademais, para aqueles que buscarem consulta de rotina, haverá agendamento, sendo que, preconiza-se tempo inferior a 7 dias.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e médica revisarão a ficha espelho e o livro de controle, identificando todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes que vieram ao serviço nos últimos 4 meses. Os profissionais localizarão os prontuários desses usuários e transcreverão todas as informações disponíveis para a ficha espelho, bem como anotarão dados sobre o acompanhamento de Saúde Bucal, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físicos dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pés e pedioso da sensibilidade dos pés.

O cadastramento durante a Intervenção será realizado pela médica e enfermeira na consulta clínica na UBS ou em visita domiciliar durante todas as semanas da intervenção.

O monitoramento e a avaliação da intervenção serão realizados semanalmente pela médica e enfermeira averiguando-se a realização de exame clínico apropriado, a realização de exame clínico apropriado bem como sobre a periodicidade recomendada para estes exames. Também serão monitorados quanto à necessidade de atendimento odontológico.

Para a aferição da pressão arterial e realização de glicemia capilar em todos os usuários maiores de 18 anos que frequentarem a UBS se utilizarão os equipamentos (esfigmomanômetro, estetoscópio, Glicemia capilar) que já estão disponíveis na unidade de saúde. A atividade será realizada pela enfermeira, médica e técnica em enfermagem.

Para monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos usuários com HAS e/ou DM e usuários com DM e identificar os faltosos, serão revisados os registros da Ficha-B pela enfermeira que informará na reunião semanal da equipe e será agendada a próxima consulta ou visita domiciliar.

Será analisado o livro de registro de usuários com HAS e/ou DM a fim de verificar se todos os cadastrados na intervenção estão com suas informações registradas, sendo que, essa revisão será mensal.

O monitoramento de estratificação do risco cardiovascular em usuários HAS e/ou DM será revisado pela médica no prontuário individual cuja avaliação deve ser realizada pelo menos uma vez por ano, segundo os protocolos do MS.

Buscaremos apoio da gestão para assegurar a disponibilidade de fármacos (Farmácia popular) e também para encaminhar os usuários com HAS e/ou DM, se necessário, aos níveis secundário ou terciário.

Para sensibilizar a comunidade serão realizadas divulgações na UBS/ESF e nas visitas domiciliares, bem como se buscará contato com líderes comunitários.

Todos os usuários que vierem à consulta terão a próxima (retorno) já agendada, sendo que, a responsabilidade desta atividade será da enfermeira.

2.3.4 Cronograma

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

O projeto de intervenção objetivou melhorar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM da área de abrangência da UBS/ESF Ramiz II, Rio Pardo / RS.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Em todas as semanas foi realizado o cadastramento de usuários com hipertensão e/ou diabetes, assim como a atualização dos registros, permitindo o monitoramento da intervenção. Assim, em cada semana, na quinta-feira à tarde, depois da reunião de equipe, realizávamos o monitoramento das atividades previstas, considerando-se as dificuldades e as facilidades.

O acolhimento foi realizado pela equipe, desde a entrada do usuário na unidade de saúde, além de que, para organizar o atendimento clínico, elaborou-se uma agenda compartilhada entre a médica, a enfermeira e a odontóloga.

A fim de garantir material adequado e suficiente para mensuração da pressão arterial (esfigmomanômetro, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste, solicitou-se ao gestor o glucômetro, pois, o da UBS/ESF estava danificado. Assim, no início da intervenção, não foi possível realizar essa avaliação; após a gestão disponibilizá-lo, o teste se tornou rotineiro.

Uma outra atividade prevista e realizada com êxito foi a capacitação da equipe frente aos protocolos do MS que possibilitou uma padronização dos procedimentos / condutas realizada na unidade de saúde, além de atualizar os profissionais.

A identificação de usuários faltosos foi fundamental para que houvesse busca ativa, especialmente, em relação à avaliação / atendimento odontológico por medo do famoso “barulhinho do dentista”, segundo o relato de alguns usuários. Entretanto, através de um diálogo constante não somente com os usuários, mas, também com os ACS que foram esclarecidos sobre a importância da Saúde Bucal, foi possível agregá-los à unidade de saúde. Os ACS se deslocavam à casa / domicílio do usuário que tinha consulta agendada a fim de confirmar sua presença, sendo que, utilizou-se também contato telefônico para estimular a participação no programa.

As visitas domiciliares tiveram, além do objetivo de busca ativa de usuários faltosos, o cadastramento de usuários, em que os ACS estavam acompanhados da enfermeira ou da técnica para preenchimento das informações na ficha espelho. Para os usuários com diagnóstico clínico já confirmado de HAS e/ou DM estimulou-se a participação nas atividades do programa bem como se aproveitou o espaço para orientar familiares sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, orientação quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, avaliação das extremidades e realização de exames complementares.

Ademais, apesar das dificuldades geradas pela instabilidade climática, intenso fluxo de pessoas na unidade de saúde e falta de transporte para a realização da visita domiciliar, considera-se que essa atividade gerou impacto na saúde dos usuários e familiares.

As atividades de educação em saúde (importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular, riscos do tabagismo, higiene bucal) foram realizadas por meio de palestras, distribuição de folder informativo em que além do tema, destacavam-se os atendimentos realizados pela médica, enfermeira e dentista, buscando-se agregá-los à equipe.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Apesar das dificuldades apresentadas ao longo da intervenção, a equipe conseguiu realizar as atividades planejadas junto aos usuários com HAS e/ou DM.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto ao monitoramento da intervenção, não tivemos dificuldades, já que, tínhamos à disposição as fichas espelho em quantidade suficiente para registrar as informações dos usuários. A ficha espelho era preenchida por mim, sendo que, essa atividade se tornou mais fácil à medida que já estava familiarizada com seus itens.

Similarmente, a PCD era também preenchida por mim, no próprio consultório, depois dos atendimentos, com a ajuda das técnicas de enfermagem, tendo-se como referência, além da ficha espelho, os prontuários dos usuários.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nossa equipe manteve-se unida na realização da intervenção o que fortaleceu o trabalho coletivo; nesse sentido, considero que está incorporada à rotina da UBS/ESF. Além disso, a equipe ficou satisfeita com a intervenção bem como com a satisfação que alguns usuários relataram ao participarem das atividades.

Assim, com base na intervenção, acredito que a interação entre os membros ficou mais próxima, o que foi fundamental para a continuidade da ação programática.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Ramiz II em Rio Pardo / RS, sendo que, na área adstrita à UBS cuja população é de 2650 pessoas, a PCD estima 403 pessoas com HAS e 99 pessoas com DM.

No aspecto quantitativo, usaremos as estimativas da PCD, visto que, os registros não estavam atualizados e analisaremos os indicadores comparando-os com as metas e examinando a evolução ao longo da intervenção e nos aspectos qualitativos; as ações, descrevendo o grau de implementação das ações propostas.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos usuários com HAS e/ou DM.

Meta 1.1: Cadastrar 95% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: número de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde entre o número total de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Descrição dos resultados: No primeiro mês de intervenção conseguiu-se atingir 28 usuários (6,9%), no segundo mês 178 usuários (44,2%) e no terceiro mês 245 usuários (60,8%) (Figura 1).

A intervenção iniciou de forma “tímida”, possivelmente, pela adaptação da equipe às atividades; a partir do 2º mês houve maior divulgação bem como atenção e compreensão da equipe, o que aumentou o indicador de cobertura, embora, não tenha atingido a meta.

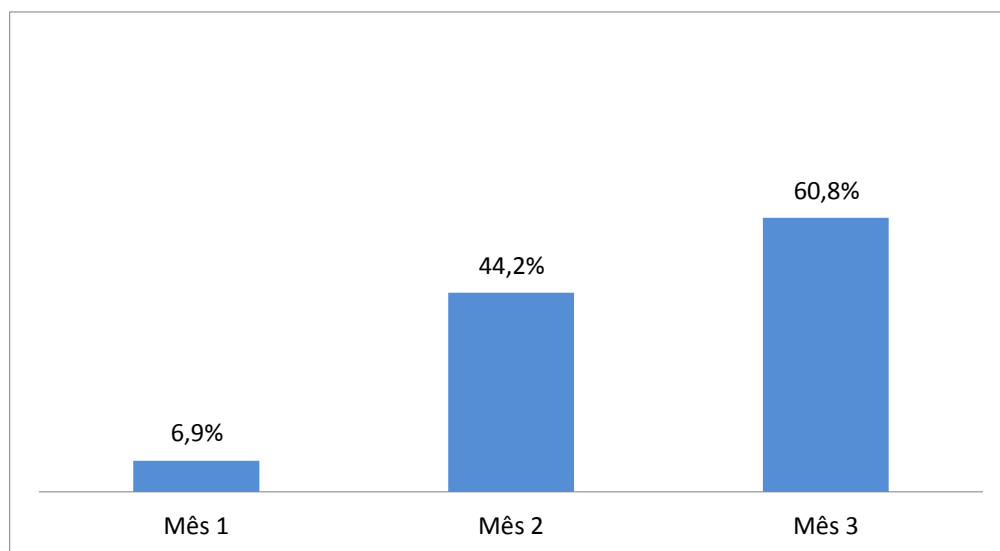


Figura 1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade de Saúde.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: número de usuários com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde entre o número total de usuários com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Descrição dos resultados: No primeiro mês de intervenção conseguiu-se atingir 10 usuários (10,1%), no segundo mês o número de usuários cadastrados passou para 59 (59,6%) e no terceiro mês atingiu 85 usuários (85,9%) (Figura 2).

Similarmente ao indicador de cobertura de usuários com HAS, o início da intervenção foi gradativo, sendo que, mediante maior entendimento e adaptação, houve uma evolução. Ainda, percebe-se que os usuários com DM pareceram mais resistentes à inserção no programa, possivelmente, por fatores como atendimento no setor privado e não aceitação da doença, visto que, essa demanda tratamentos regulares e tem implicações no dia-a-dia.

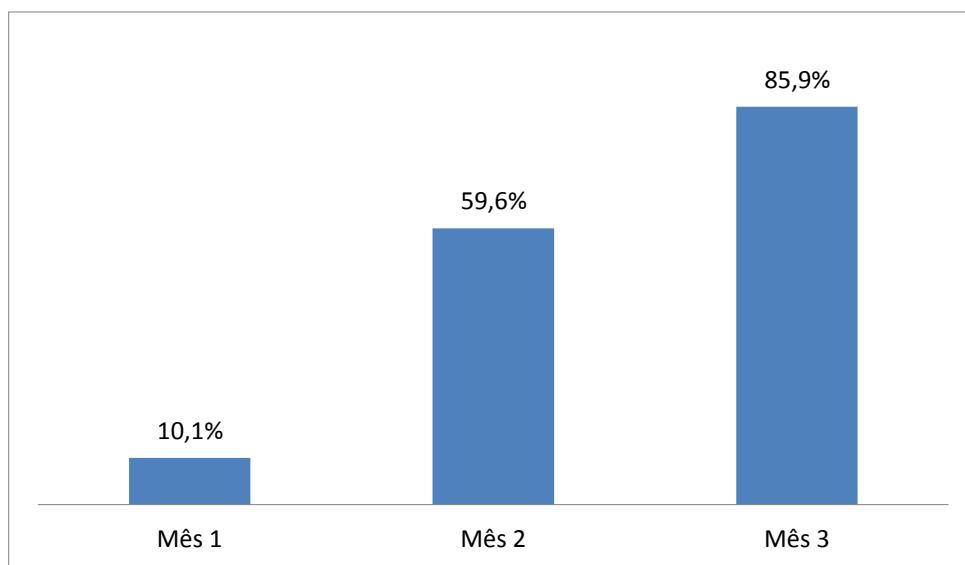


Figura 2: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuário com HAS e/ou DM.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.

Indicador 2.1: número de usuários com HAS com exame clínico apropriado entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: O número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado em relação ao número total de usuários cadastrados a cada mês da intervenção foi de 100%, sendo realizado em 28, 178 e 245 usuários.

Como possíveis justificativas temos as capacitações que atualizaram as práticas clínicas e a busca ativa por usuários faltosos a fim de que todos os cadastrados na intervenção fossem acompanhados de forma padronizada na UBS/ESF.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM.

Indicador 2.2: número de usuário com DM com exame clínico apropriado entre o número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: o número total de usuários com diabetes avaliados a cada mês da intervenção foi de 100% alcançando, respectivamente, 10, 59 e 85 usuários.

Similarmente à atividade anterior voltada aos usuários com HAS, acredita-se que as capacitações e atenção aos protocolos foram fundamentais para o alcance da meta.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada três meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3: número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia entre o número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Descrição dos resultados: o exame dos pés (palpação do pulso tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade) foi realizado na maioria dos usuários cadastrados, atingindo-se no primeiro mês, 10 (100%), no segundo mês 58 (98,3%) e no último mês 84 (98,8%) (Figura 3).

Compreende-se que a avaliação podológica é fundamental para identificar sinais e sintomas vasculares, estruturais e de sensibilidade, além da higiene e do tipo de calçado utilizado. Sendo assim, será enfatizada na UBS/ESF a realização desse exame para a prevenção de complicações como amputações, comuns nos usuários com DM.

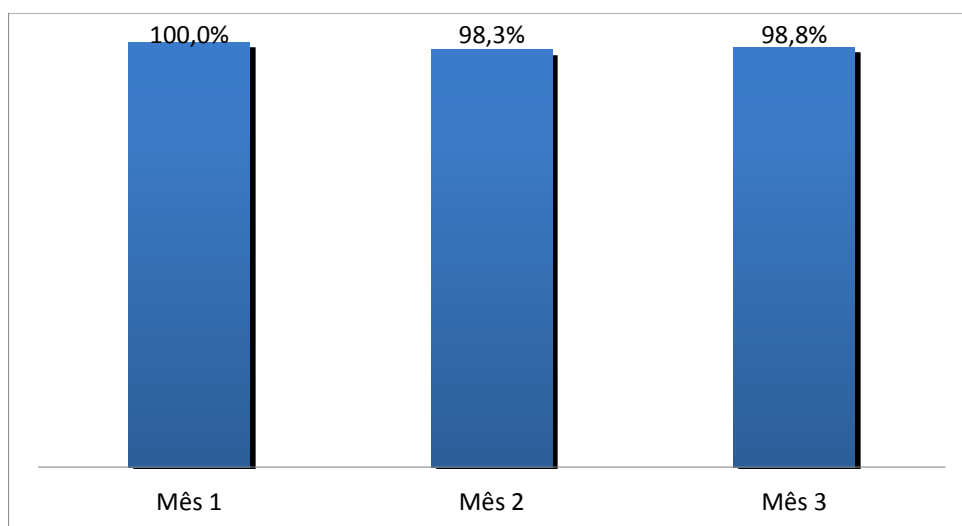


Figura 3: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos usuários com HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Número total de usuários com HAS com exame complementar em dia entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: A realização de exames complementares de acordo com o protocolo foi realizada em 28 usuários (100%), seguida de 178 (100%) e de 245 (100%).

Meta 2.5: Garantir a 100% dos usuários com DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5: número total de usuários com DM com exame complementar em dia entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês atingiram-se todos os usuários, 10 (100%), 59 (100%) e 85 (100%).

Foi possível atingir as metas propostas por meio do apoio da gestão frente às solicitações e na realização dos exames, o que foi fundamental para que esta atividade tivesse impacto sobre a saúde dos usuários.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos.

Descrição dos resultados: Prescreveram-se medicamentos para 23 (100%) considerando-se o denominador de 23, para 163 (98,8%) no segundo mês considerando-se o denominador de 165 e para 224 (94,1%) no terceiro mês tendo-se como referência 226 como número de usuários com prescrição de medicamentos.

Quanto aos medicamentos, planejamos ter, pelo menos, um fármaco para cada usuário que recebesse prescrição, considerando que na UBS/ESF não existia uma grande quantidade de medicamentos. Além disso, organizou-se a aquisição de fármacos na unidade de saúde / Farmácia Popular, o que também favoreceu a economia.

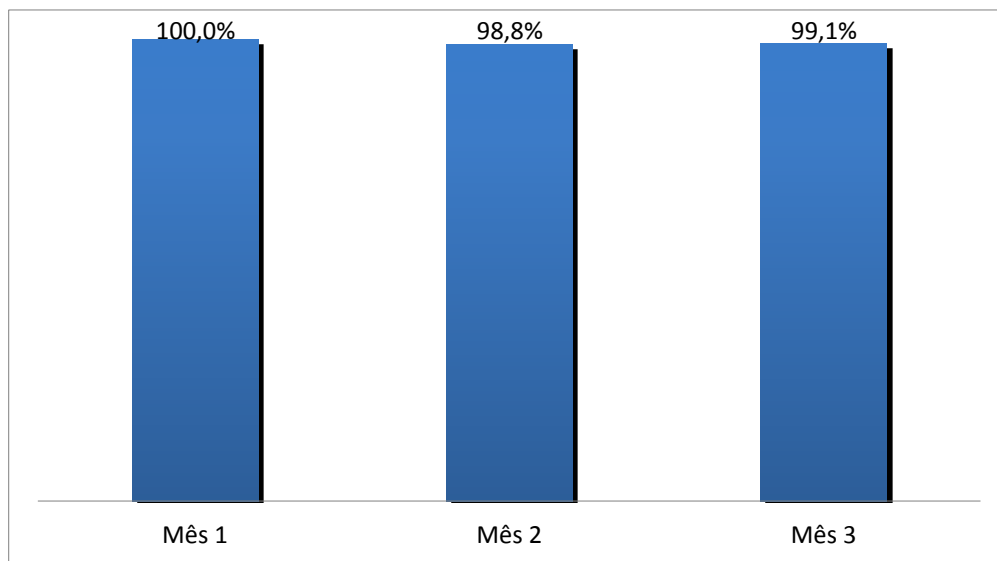


Figura 4: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.7: número de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA entre número de usuários com DM com prescrição de medicamentos.

Descrição dos resultados: No primeiro mês, 10 (100%) dos usuários com diabetes receberam prescrição de medicamentos; no segundo mês, 57 (96,6%) de 59 cadastrados e no último mês, 83 (97,6%) de 85 usuários (Figura 5).

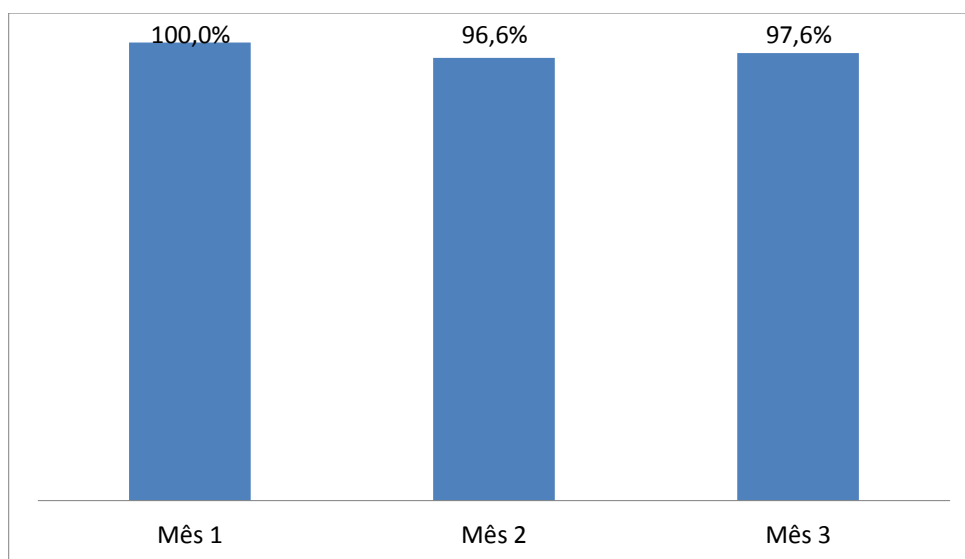


Figura 5: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Mata 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS.

Indicador 2.8: número de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre número total de usuários com HAS inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Ao longo da intervenção conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 28 (100%) dos usuários no Mês 1, 177(94,4%) e 245 (100%), respectivamente, nos meses 2 e 3 (Figura 6).

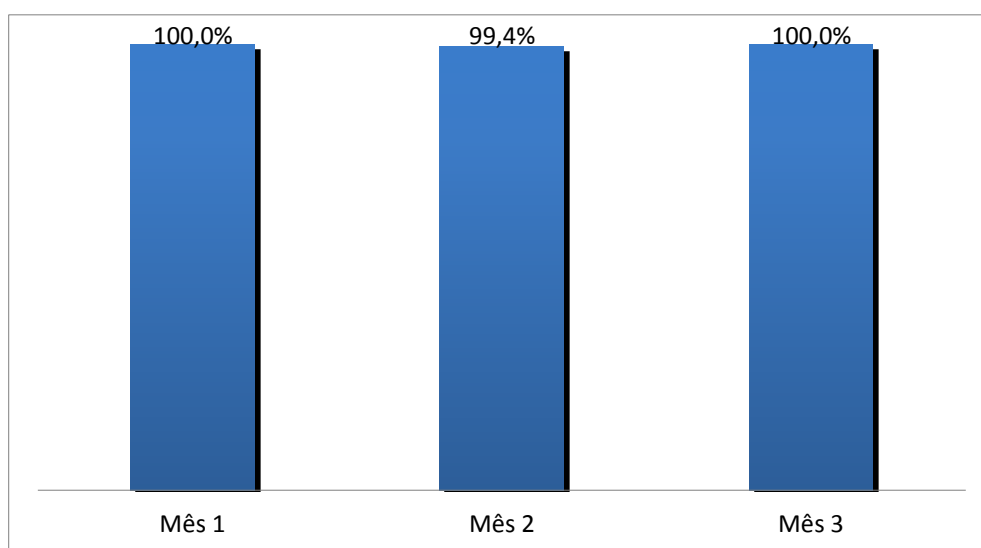


Figura 6: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação de necessidade odontológica. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM.

Indicador 2.9: número de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre número total de usuários com DM inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Descrição dos resultados: No primeiro mês, avaliaram-se 10 (100%) usuários, no segundo mês 59 (100%) e no último mês 85 (100%).

Considerando-se os indicadores relativos à avaliação da necessidade de atendimento odontológico, por meio de organização da agenda de trabalho, foi possível avaliar a

maioria dos usuários com HAS e todos os usuários com DM cadastrados na intervenção.

A organização da agenda de trabalho em conjunto com a equipe de saúde bucal e a capacitação da equipe para avaliar a necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes foram as principais ações que possibilitaram alcançar esses resultados. Além disso, orientou-se a comunidade sobre a importância de avaliação bucal, o que também pode ter auxiliado na evolução dessa atividade na UBS/ESF.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou DM ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: número de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Descrição dos resultados: No primeiro mês de intervenção, não houve nenhum usuário faltoso, não havendo necessidade de busca ativa. No segundo mês, 13 (100%) e no último mês 12 (100%) (Figura 7).

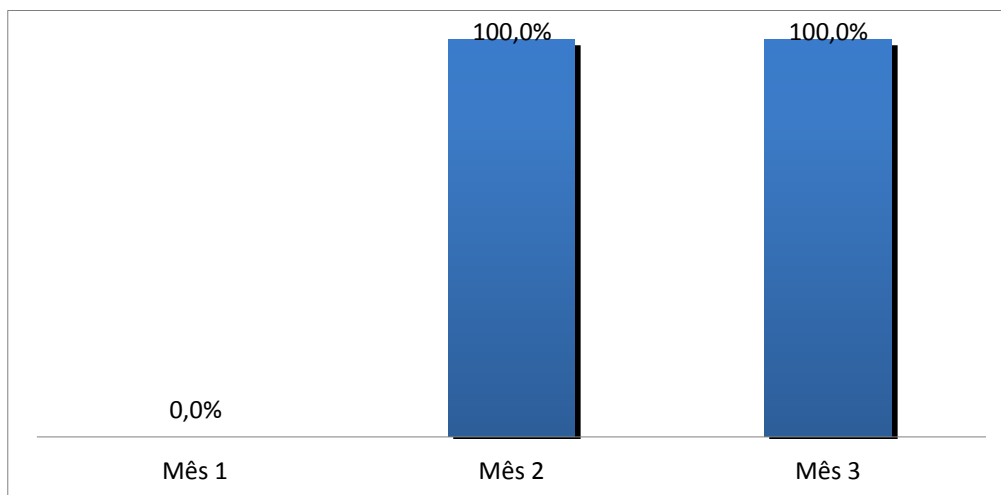


Figura 7: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: número de usuários com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Descrição dos resultados: No primeiro mês, não houve usuários faltosos, no segundo mês foram 8 (100%) e no último mês 7 (100%) usuários.

Ao longo da intervenção, não tivemos elevado número de faltosos, sendo que, os usuários faltosos foram identificados rapidamente por meio de uma equipe articulada que, gerou, por consequência, busca ativa realizada pelos ACS em periodicidade semanal.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 4.1: número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Os usuários com HAS cadastrados e atendidos a cada mês da intervenção tiveram registradas suas informações na UBS/ESF, atingindo-se, assim, 100%, mês a mês, respectivamente, 28, 178 e 245 usuários.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Os usuários com DM cadastrados e atendidos a cada mês da intervenção tiveram registradas suas informações na UBS/ESF, o que permitiu atingir 100%, mês a mês, respectivamente, 10, 59 e 85 usuários.

Foi possível atingir a meta graças à aplicação dos instrumentos da intervenção como a FAHD que auxiliou a organizar os arquivos e informações, bem como a atualização do E-SUS se tornou periódica, o que ajudará no acompanhamento do usuário na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear usuário com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Realizamos a estratificação de risco cardiovascular em 28 pessoas (100%) no primeiro mês, 178 pessoas (100%) no segundo mês e 245 pessoas (100%) no terceiro mês.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: No primeiro mês de intervenção, realizamos a estratificação de risco cardiovascular em 10 usuários com diabetes cadastrados, representando 100%. No segundo mês, 59 usuários resultando em 100% e no terceiro mês avaliaram-se 85 usuários totalizando 100%.

A identificação de usuários com HAS e/ou DM com fatores de risco cardiovascular é fundamental para evitar complicações a curto, médio e longo prazo; nesse sentido,

Objetivo 6. Promover a saúde de usuário com HAS e/ou DM.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS.

Indicador 6.1: número de usuários com HAS que receberam orientação sobre alimentação saudável entre número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Ao longo da intervenção, orientaram-se 28, 178 e 245 usuários (100%) através da articulação dos membros da equipe frente à importância da educação para o autocuidado dos usuários.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM.

Indicador 6.2: número de usuários com DM que receberam orientação sobre alimentação saudável entre número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: No decorrer da intervenção, orientaram-se 10, 59 e 85 usuários (100%), atingindo-se a meta proposta. Como justificativas, além da articulação entre os membros da equipe, já citada no indicador anterior, cita-se a atenção frente aos protocolos que padronizaram essa atividade.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com HAS.

Indicador 6.3: número de usuários com HAS que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Ao longo da intervenção, orientaram-se 28, 178 e 245 usuários (100%), considerando-se o envolvimento da equipe e o repasse das orientações tanto nos atendimentos quanto nas atividades coletivas e nas visitas domiciliares.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com DM.

Indicador 6.4: número de usuários com DM que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre o número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Durante os três meses de intervenção, orientaram-se 10, 59 e 85 usuários (100%), atingindo-se a meta proposta, sendo que, o alcance dessa meta decorreu da padronização das orientações pela equipe.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS.

Indicador 6.5: número de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre o número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Ao longo da intervenção, orientaram-se 28, 59 e 85 usuários (100%) por meio do envolvimento da equipe que buscou orientá-los em distintos ambientes (domicílio e unidade de saúde), aproveitando-se o diálogo e a interação entre os trabalhadores de saúde e os usuários e seus familiares.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários usuário com DM.

Indicador 6.6: número de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Durante os meses de intervenção orientaram-se 10, 59 e 85 usuários (100%) atingindo-se a meta proposta.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS.

Indicador 6.7: número de usuários com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal entre número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Ao longo da intervenção, orientaram-se 28, 178 e 245 usuários (100%), alcançando-se integralmente a meta. Os conhecimentos acerca da higiene bucal foram fundamentais para que todos os trabalhadores de saúde atuassem a fim de universalizar essas orientações junto à comunidade.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com DM.

Indicador 6.8: número de usuários com DM que receberam orientação sobre higiene bucal entre número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Durante a intervenção orientaram-se 10, 59 e 85 usuários (100%), alcançando-se a meta que foi alcançada pelas capacitações que atualizaram os conhecimentos dos profissionais, o envolvimento dos membros da equipe e também a agenda compartilhada entre a médica, a enfermeira e a dentista que se auxiliaram frente às necessidades dos usuários com HAS e/ou DM.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS (ESF) Ramiz II contribuiu com a ampliação da cobertura aos usuários com HAS e/ou DM, na melhoria da qualificação da atenção, na acessibilidade dos usuários à ESF e na melhoria dos registros. A equipe também informou a população sobre a importância da participação no programa, estimulando-se o autocuidado, especialmente, por serem doenças crônicas.

Antes e no início da intervenção realizaram-se capacitações com vistas a atualizar, padronizar e qualificar os trabalhadores da UBS/ESF, o que também ajudou a integrar o trabalho da equipe com o compartilhamento de agendas entre a médica, a enfermeira e a dentista, o que não ocorria na unidade de saúde.

Além disso, realizou-se o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, incluindo exame físico dos pés com inspeção, palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para usuários com DM, o que permitiu prover uma atenção minuciosa considerando-se a importância da identificação de fatores de risco. Também se indicaram exames complementares que auxiliaram na estratificação do risco cardiovascular que é uma conduta necessária para os usuários com HAS e/ou DM com fatores de risco como tabagismo, dislipidemias, obesidade e sobrepeso, sedentarismo, uso de álcool e a idade acima de 45 anos para homens e 55 anos para mulheres. Dessa forma, os usuários também foram orientados sobre mudanças no estilo de vida como hábitos alimentares saudáveis, a necessidade de prática de atividade física regular, sobre os riscos e prejuízos do tabagismo e sobre a importância da higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias).

De forma geral todos os usuários com HAS e/ou DM foram informados sobre os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e sobre a possibilidade de consumo desses fármacos pela fácil acessibilidade e baixo custo, salvo usuários que também são acompanhados por outros médicos, como cardiologistas e angiologistas que também prescrevem outros tipos de medicamentos. Ainda assim, destacamos que os fármacos encontrados na Farmácia Popular cumprem seus objetivos, similarmente aos não genéricos, inclusive, com vistas a diminuir o pré-conceito que algumas pessoas têm em relação aos medicamentos genéricos.

Quanto ao cadastramento de usuários com HAS e/ou DM acamados ou com impossibilidade de deslocamento até à UBS/ESF, a ação em conjunto da médica, das técnicas de enfermagem e dos ACS nas visitas domiciliares foi fundamental para que a intervenção chegasse a tais usuários, o que demonstrou comprometimento e dedicação. Referente ao objetivo de melhorar a adesão desses usuários, embora, sem um alto número de faltosos, a busca ativa foi realizada com êxito pelos ACS.

A organização dos registros gerou um maior controle das informações dos usuários, sendo fundamental o uso da ficha espelho disponibilizada pelo curso, além da aplicação diária da FAHD, ficha já existente na UBS/ESF, porém, sem uso corrente.

Ao pensarmos no impacto da intervenção para a equipe, as capacitações, além de propiciarem uma adequação das atividades conforme os protocolos, gerou integração entre os colegas, o que contribuiu para a melhoria da adesão da equipe, assim como, o enriquecimento profissional de cada um dos integrantes. Além disso, favoreceu a qualidade da atenção à saúde dos usuários e as interrelações com a comunidade e gestores. Dessa forma, cada membro da equipe atuou em conformidade com suas atribuições e auxiliou na implementação da ação programática em que as atividades estão mais organizadas e mais integradas. Para a comunidade, as repercussões da intervenção foram positivas, visto que, alguns usuários demonstraram entusiasmo pela participação e parecem ter se motivado pela possibilidade de controlarem sinais e sintomas, melhorando, por consequência, a qualidade de vida. Ressalta-se que existem inúmeros usuários não cadastrados nem acompanhados na UBS/ESF que serão “alvo” da equipe, pois, as atividades já fazem parte da rotina do nosso serviço e continuarão a fazer parte do mesmo.

Ao concluirmos a intervenção percebemos mudanças no perfil da equipe que ficou mais integrado, com uma interação mais estreita e que apresenta maior entusiasmo na realização das atividades que são desenvolvidas no dia a dia. Mesmo diante de dificuldades inerentes à prática profissional, temos as pessoas como “ferramentas” capazes de trabalharem com a realidade da melhor forma possível em prol de uma atenção à saúde mais humanizada e condizente com os princípios do SUS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Estimados

Primeiramente gostaria de agradecer a vocês, gestores, pelo suporte para a concretização da intervenção que teve como propósito melhorar da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS/ESF Ramiz II em Rio Pardo / RS. Centro de Saúde Integral do município Eliseu Martins / PI.

A escolha do tema de intervenção se baseou na necessidade da comunidade e também no fato de que essas doenças crônicas podem gerar complicações impactantes na vida do usuário como acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM), sendo assim, fundamental que se estimule o controle, a prevenção e a promoção em saúde.

Segundo estimativas do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), na área de abrangência da UBS/ESF estimam-se 592 pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão e 169 pessoas com 20 anos ou mais com diabetes, sendo que, estavam cadastrados na unidade de saúde 309 usuários com hipertensão, o que corresponde a 52% da cobertura e 126 usuários com diabetes resultando em uma cobertura de 75%, além de déficit na qualidade do serviço de saúde como nos registros, na adesão e na identificação de usuários de risco quanto às doenças cardiovasculares, demonstrando, assim, a necessidade de enfatizar-se a atenção a esses usuários.

Com base nessas informações, planejamos atingir coberturas de 95% para usuários com hipertensão e de 100% para usuários com diabetes, além de qualificar a adesão, a qualidade do atendimento, o registro das informações, o mapeamento de risco cardiovascular e a promoção em saúde.

Assim, a intervenção foi iniciada com reuniões entre os membros da equipe a fim de nos capacitarmos utilizando-se os protocolos do Ministério da Saúde (MS), o que foi fundamental para que nossas atividades se tornassem mais padronizadas bem como realizamos divulgação na comunidade a fim de cadastrar novos usuários para acompanhamento integral na UBS/ESF.

Após a intervenção alcançamos uma cobertura de 60,8% para usuários com hipertensão (245 pessoas) e 85,9% para usuários com diabetes (85 pessoas), isto é, não atingimos as metas planejadas, mas, acreditamos que mês a mês cadastraremos novos usuários, aumentando, assim, as coberturas. Quanto ao serviço de saúde,

melhoramos os registros, realizamos exame clínico apropriado, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, solicitação de exames complementares, busca ativa de usuários faltosos e orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Um ponto que inicialmente gerou dificuldades na atenção foi a ausência de glicômetro que serve para verificar o nível de glicose no sangue que estava danificado, por isso, sem uso na UBS/ESF; todavia, após solicitação a vocês, gestores, foi nos forneceram um equipamento que permitiu melhorar nossa atenção à saúde dos usuários.

Assim, como equipe, continuaremos trabalhando para que novos usuários sejam cadastrados e acompanhados na UBS/ESF, pois, a reorganização da ação programática voltada aos usuários com hipertensão e/ou diabetes foi incorporada à rotina da unidade de saúde e certamente será uma referência para que outras ações sejam melhoradas, qualificando ainda mais a atenção à saúde da comunidade.

Por fim, desejamos que nossa interação seja cada vez mais estreita e dialógica, pois, somente com base em uma conversa franca, poderemos refletir sobre as dificuldades e as facilidades, fundamentando, assim, a tomada de decisões em prol de uma atenção à saúde para todos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade

Começarei este relato, primeiramente, para agradecer a vocês, comunidade, pela participação na intervenção que foi realizada com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS/ESF Ramiz II, Rio Pardo / RS.

Eu e os colegas da equipe da UBS/ESF percebemos que havia a necessidade de melhorar a cobertura e a qualidade do serviço de saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes, por isso, fizemos uma série de atividades para estimular o cadastramento e ao acompanhamento desses usuários bem como para qualificar os registros, aumentar a adesão, monitorar o risco de doenças cardiovasculares e atividades educativas.

Segundo estimativas do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), na área de abrangência da UBS/ESF estimam-se 592 pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão e 169 pessoas com 20 anos ou mais com diabetes, sendo que, estavam cadastrados na unidade de saúde 309 usuários com hipertensão, o que corresponde a 52% da cobertura e 126 usuários com diabetes resultando em uma cobertura de 75%; por isso, planejamos atividades para aumentar as coberturas para 95% e 100%, respectivamente, de usuários com hipertensão e diabetes. Assim como o serviço de saúde apresentava dificuldades nos registros que estava incompleto e na avaliação bucal.

Após três meses de intervenção, cadastraram-se 245 usuários com hipertensão, atingindo-se 60,8% da cobertura e 85 usuários com diabetes resultando em 85,9% da cobertura. Em relação à qualidade do serviço de saúde, nossas atividades melhoraram, pois, todos os usuários cadastrados tiveram suas informações registradas na UBS/ESF, solicitaram-se exames complementares, realizou-se exame clínico apropriado, fez-se busca ativa de usuários faltosos às consultas e foram realizadas atividades educativas que enfocavam orientações sobre alimentação saudável, higiene bucal, benefícios da prática regular de atividade física e riscos do tabagismo.

Assim, vemos que a intervenção foi positiva para vocês, pois, melhorou a qualidade da atenção e do atendimento e para nós, equipe, pois, fortaleceu nossa

parceria e qualificou nossas atividades, integrando a atuação da médica, da enfermagem, da odontologia e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Dessa forma, pedimos a vocês que participem das atividades da UBS/ESF que envolvem crianças, adolescentes, adultos, idosos, mulheres e gestantes, pois, a unidade de saúde é um espaço para e de todos.

Abraços

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Primeiramente quero destacar que, para mim, foi uma experiência única a participação neste curso, totalmente *on line*, pois, um dos maiores benefícios foi a possibilidade de acessar o curso em qualquer horário, conforme a disponibilidade do especializando. O especializando pode se comunicar por meio do DOE com o orientador e assim esclarecer dúvidas e conversar sobre o andamento da especialização. Apesar de tudo, tenho que admitir que me deu um pouco de trabalho na hora de entender algumas orientações, mesmo com as explicações da orientadora; acredito que minha dificuldade tenha sido mais em relação ao idioma, porém, isso não foi impeditivo de que continuasse “trilhando” o curso. Ainda, entendo que o curso seja *on line*, mas, gostaria que houvesse um ou dois encontros presenciais ao longo do curso, pois, poderia ajudar nos esclarecimentos.

Também considerei que o curso foi bem organizado e que as tarefas, semana a semana, eram pertinentes e que as orientações buscavam orientar os alunos, desde a Unidade 1 (e a Ambientação), seguido das Unidades 2 e 3 e por fim, nesta etapa em que construímos o TCC.

Dessa forma, o curso teve grande significado para mim, já que, aprendi um pouco mais sobre o sistema público do Brasil e que também me ajudou no dia-a-dia da UBS/ESF bem como a revisão dos temas relacionados com a hipertensão e a diabetes que foram base para a intervenção foi fundamental para que me empoderasse como trabalhadora da saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Cadernos de atenção Básica, nº 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 96 p. il.

Anexos

Anexo A - Documento do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de Coleta de Dados

[illegible]



Especialização em
Saúde da Família
de Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: ____/____/____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante